

ANNEE 1959

N° 6692 G

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Pierre MELLON

Interne de l'Hopital Saint-Joseph de Paris.

Né le 4 Novembre 1926 , à Paris (7°)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE L'ASPERGILLOME INTRABRONCHIQUE.

A PROPOS DE DEUX CAS.

Président : Mr. Raoul KOURILSKY, Professeur.

ANNEE 1959

N° 6692 G

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplome d'Etat)

par

Jean-Pierre MELLON

Interne de l'Hopital Saint-Joseph de Paris.

Né le 4 Novembre 1926 , à Paris (7°)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE L'ASPERGILLOME INTRABRONCHIQUE.

A PROPOS DE DEUX CAS.

Président : Mr. Raoul KOURILSKY, Professeur.



RECEIVED IN DEPARTMENT OF STATE

OFFICE OF THE SECRETARY OF STATE
WASHINGTON, D. C.
JAN 10 1918

RECEIVED
JAN 10 1918

TO THE SECRETARY OF STATE

FROM THE

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE
(Bureau of Plant Industry)

SIR:

I have the honor to acknowledge the receipt of your letter of the 27th inst.

relative to the request for information concerning the
status of the various species of the genus *Aspidiotus*
which are now being introduced into this country for the purpose of
controlling the pest known as the "California Red Scale".

I am, Sir, very respectfully,

Very truly yours,
J. H. H. H.

72

Very truly yours,
J. H. H. H.

Very truly yours,
J. H. H. H.

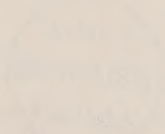
Very truly yours,
J. H. H. H.

Very truly yours,
J. H. H. H.

Very truly yours,
J. H. H. H.

Very truly yours,
J. H. H. H.

Very truly yours,
J. H. H. H.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (Et.)
 CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.),
 GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (B.), HEUYER (G.),
 IAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.),
 LIAN (C.), LOEPEL (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.),
 MONOD (R.), MULLON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SIEGEL (A.), TANON (L.),
 VETTER (E.).

DOYEN LEON BINET, Membre de l'Institut.

ASSEESSEUR Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS-

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DEJARUE (A.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (B.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique	REDON (H.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
	(Beaujon..... SICARD (A.)
	(Cochin..... QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales	(Hotel-Dieu..... MENEGAUX (G.)
	(Salpêtrière..... MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique..	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire.....	de GAUDARD d'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie.....	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire.....	MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale.....	LAMY (M.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants.....	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encephale....	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang.....	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux.....	ALAJOUANINE (T.)
	(Bichat..... JUSTIN-BESANCON (L.)
	(Broussais..... de GENNES (L.)
Cliniques médicales.....	(Cochin..... MOREAU (R.)
	(Hotel-Dieu..... BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie.....	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	(Baudelocque.... LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales.....	(Port-Royal.... VARANGOT (J.)
	(Tarnier..... LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique.....	RENNARD (G.)

	MM.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	AUBIN (A.)
Clinique de pédiatrie sociale.....	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie.....	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile.....	MICHAUX (L.)
Clinique de puericulture.....	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique et sociale et médicale.....	COSTE (F.)
Clinique stomatologique.....	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique.....	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel..	DJOURNO (A.)
Embryologie.....	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	SOULIE (P.)
Histologie.....	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance.....	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (C.)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du travail.....	DESOILLE (H.)
Parasitologie.....	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale.....	COUVELLAIRE (R.)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée....	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale, (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale.....	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	GARCIN (J.)
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J.)
Physiologie médicalz.....	DOGNON (A.)
Physiologie.....	BINET (L.)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale.....	PATEL (J.)
Thérapeutique.....	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ,PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES -AGREGES.

Anatomie.....	(BEIMAS (A.), pr. s. ch. (CABROL (C.) (DEREYRE (J.) (OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique.....	(GAUTHIER-VILLARS) (Mlle P;) pr. s. ch. (BUSSE (F.) (GOUYGOU (Ch.)
Anesthesiologie.....	N..... N.....
Bactériologie.....	(HAUDUBOY (P.), pr. s. ch. (DET) (NEVOT (A.), pr. s. ch. (CHRISTOL (D.) (TOURNIER (P.) (BARBIER (P.)
Biochimie médicale.....	FOURLIERE (ETTORI (J.), pr. s. ch. (dét.) (DESGREZ (P.), pr. s. ch. (POLONOVSKI (J.) (SCHAPIRA (G.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Biologie médicale.....	BOURLIERE.
Carcinologie.....	N ... N....
Dermato-Syphiligraphie.....	DUPERRAT(B.)
Electroradiologie.....	N....
Embriologie.....	TUCHMANN-DUPIESSIS (H.)
Hématologie.....	N....
Histologie.....	(COUJARD (R.) pr.s.ch. (N... (N....
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène.....	BOYER (J.), pr.s.ch. (DEPARIS(M.), pr.s.ch.
Maladies infectieuses.....	BASTIN (R.)
Médecine légale.....	(DEROBERT (L.), pr.s.ch. (GAULTIER (M.) (HADENGUE (A.) (ALBAHARY (C.)
Medicine du travail.....	DAVID (M.)
Neuro-chirurgie.....	LHERMITTE (F.)
Neurologie.....	(GRASSET (J.) (LE LORIER (G.) (LEPAGE (F.) (MERGER (R.) (MORIN (P.) (RAVINA (J.) (ROBEY (M.)
Ophtalmologie.....	(BREGEAT (P.) (DESIGNES (P.)
Orthopédie.....	(JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie.....	(AUBRY (M.) (MADURO (R.)
Parasitologie.....	(BRUMPT (L.C.), pr.s.ch. (CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale.....	(RUDLER (J.), pr.s.ch. (dét.) (ABOULKER (P.) (BARCAT (J.) (CAUCHOIX (J.) (DUBOST (C.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GERMAIN (A.) (GOSSET (J.) (LAURENCE (G.) (LORTAT -JACOB (J.) (OLIVIER (Cl.) (POILLEUX (F.) (THOMERET (G.)
Pathologie expérimentale.....	(VERNE (J.M.) (N.... (LOEPER (J.) (MAURICE (P.)
Pathologie médicale.....	(HAGUENAU (J.), pr.s.ch. (BOUDIN (G.) (BOUVIER (J.B.) (BRICAIRE (H.)

	MM.
Pathologie médicale (suite).....	(BRISSAUD (H.) (CASTAIGNE (P.) (COMTE (M.) (DEROT (M.) (DOMART (A.) (LAMOTTE (M.) (LAROCHÉ (C.-P.) (MACREZ (Ch.) (MILLIEZ (P.) (PEQUIGNOT (H.) (RAMBERT (P.) (ROYER (P.) (THIEFFRY (St) (TURIAF (J.) (WOLFROMM (R.) (N..... (N.....
Pédiatrie.....	(JOSEPH (R.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKY (El)
Pharmacologie.....	(LEVY (Mlle J.), pr. s. ch. (N.....
Physiologie.....	(BARJETON (D.), pr. s. ch. (PARROT (J.), pr. s. ch. (DEJOURS (P.)
Physique médicale.....	(GOUGEROT (L.) (N.....
Pneumo-phtisiologie.....	(KREIS (B.)
Psychiatrie.....	(PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	(N...
Rhumatologie.....	(DELIBARRE (F.)
Stomatologie.....	(CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique.....	(CHASSAGNE (P.) (PERRAULT (M.)
Urologie.....	(KUSS (R.)

III.-PROFESSEURS SANS CHAIRES ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale..... ;.....	(AMELINE (A.) (HUGUIER (J.) (LEGER (L.) (PADOVANI (P.) (ROUX (M.)
Clinique médicale	(DREYFUS (Gilbert) (KOURILSKY (R.)
Clinique neurologique	(de SEZE (S.)
Clinique obstétricale.....	(MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique.....	(OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique.....	(LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.....	(BARUK (H.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. MOREL (J.)
Secrétaire..... Melle CHAINTREUIL(G.)

Conservateur ,chargé de la directionM.le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs.....Melles DUMAITRE(p.)
" GOICHON (A.M.)
Bibliothécaires.....Mme CONTET (J.)
Melles LAURENT (H.)
LE NOIR (G.)
QUIEVREUX (E?)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798 , l'Ecole a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Raoul KOURILSKY

Médecin des Hopitaux.

Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.

En très respectueux hommage.

A Monsieur Ph. DAUMET

Chef du Service de Chirurgie thoracique
à l'Hopital Saint-Joseph de Paris.

Grace à qui les éléments de
cette thèse ont pu être réunis.

A Monsieur le Docteur CANET

Chef de laboratoire du Service de la
Tuberculose de l'Institut Pasteur.

A Monsieur le Docteur SEGRETAIN

Chef de Laboratoire de Mycologie et
Phytopathologie de l'Institut Pasteur.

A Monsieur le Docteur Ch. GARNIER.

Attaché médical au Service de Chirurgie
thoracique de l'Hopital Saint -Joseph de Paris.

Qui ont bien voulu m'éclairer de
leurs conseils.
En témoignage de reconnaissance.

Dans cette thèse, je me propose d'abord de relater deux observations d'aspergillomes intrabronchiques recueillies dans le Service du Docteur DAUMET, ensuite d'analyser l'histoire de ces deux cas pour rechercher les éléments originaux qu'ils contiennent et tenter de répondre à quelques problèmes soulevés par cette affection peu fréquente.



FIG I



FIG II

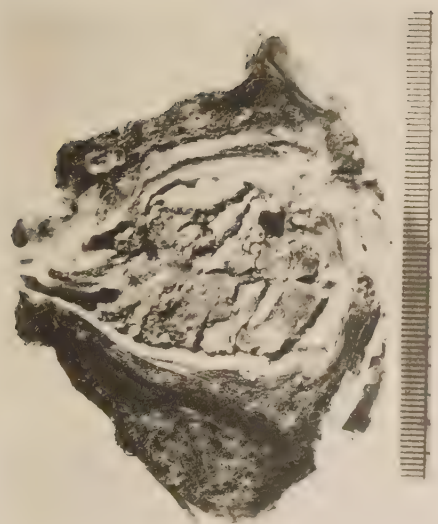


FIG III

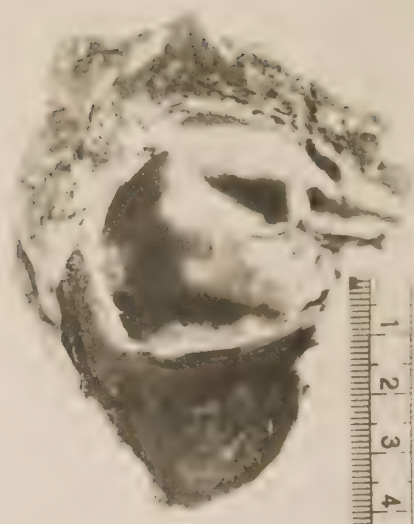


FIG IV



FIG V

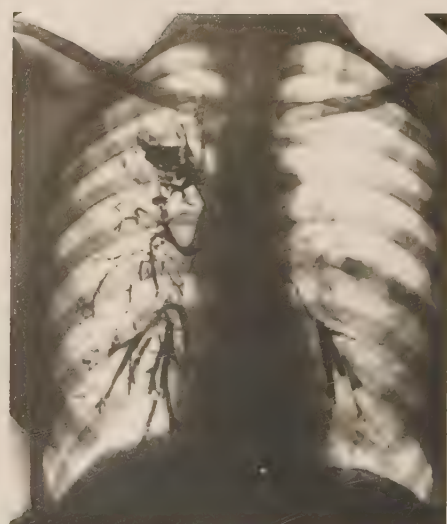


FIG VI

O B S E R V A T I O N S

Observation I-

Monsieur D... Abel , 40 ans, entre dans le service du Docteur Daumet en Janvier 1952, envoyé par le Docteur Even, en vue d'une résection pulmonaire apico-dorsale gauche pour aspergillome probable.

Le début des troubles remonte à l'âge de 19 ans, date à laquelle Monsieur D... fait sa première hémoptysie. Depuis lors, les crachements de sang vont se répéter, très irrégulièrement espacés, (tous les ans environ), mais avec une nette tendance à se rapprocher et à se prolonger. Après 1947 en particulier ou se situe un épisode pulmonaire aigu, étiqueté pneumonie; les hémoptysies se produisent deux fois par an en moyenne, abondantes, durant 5 à 10 jours. La dernière aurait duré 12 jours et atteint un demi-litre de sang (Décembre 1951).

La position du malade ne semble jouer aucun rôle dans le déclenchement des hémoptysies.

Celles-ci sont demeurées longtemps parfaitement isolées mais depuis deux ans, sont apparues:

- une dyspnée à l'effort, l'hiver surtout, de plus en plus marquée, au point d'empêcher tout travail,

- et une expectoration très peu abondante, d'aspect banal, mais continuelle.

Le malade tousse peu; son poids est stationnaire et il n'a pas de fièvre.

C'est donc une histoire d'hémoptysies à répétitions depuis vingt années qui domine nettement le tableau clinique et amène le malade à consulter, d'abord le Docteur LE CHEVALLIER à l'Hôpital de Mézières où le diagnostic d'aspergillome est évoqué, puis le Docteur EVEN à l'Hôpital Laennec de Paris.

A Laennec, un bilan complet est pratiqué.

- Cliniquement, le malade, apyrétique, est en bon état général. Hormis une submatité du sommet gauche et une diminution du murmure vésiculaire à ce niveau, on ne peut noter rien d'anormal. Il n'existe pas d'hippocratisme.

Mais l'interrogatoire révèle une notion intéressante: le malade exerce depuis toujours le métier de boulangier.

- Sur le cliché standard, (figure 1), on voit dans le lobe supérieur gauche une opacité homogène, ovalaire, à grand axe vertical de 5 cm 1/2 sur 3. Un mince croissant clair borde le pôle supérieur et les limites latérales de l'image opaque.

Par ailleurs, le parenchyme pulmonaire est normal.

- Les tomographies confirment cette image et précisent l'absence d'autre lésion. (Figure 2).

- La bronchographie lipiodolée ne montre l'existence d'aucune ectasie bronchique. Certes, la cavité ne s'injecte pas; mais le territoire lobaire supérieur étant lui-même très peu opacifié, on ne peut rien en conclure.

- La bronchoscopie ne révèle aucune anomalie. En particulier, la bronche lobaire supérieure gauche est normale. Une aspiration y est pratiquée.

- Les épreuves fonctionnelles respiratoires objectivent une suffisance globale relativement importante. Celle-ci n'est "ni d'origine

parietale ni d'origine bronchique". Une exérèse lobaire s'avère cependant possible.

- Le laboratoire apporte deux notions importantes confirmant les examens antérieurs:

- Pas de B.K. aux examens répétés.

- Le produit d'aspiration bronchique ensemencé sur milieu de Sabouraud donne naissance à des colonies d'Aspergillus fumigatus qui, fait inhabituel, se révèle non pathogène pour le lapin et la souris (Docteur Ségrétain).

Arrivé dans le Service du Docteur DAUMET, le malade est soumis à quelques examens complémentaires que nous reproduisons pour être complet.

V.S. 8-21

Urée: 0,35

B.W. négatif.

Urines: nisucré, ni albumine.

Hémogramme: G.R. : 4.920.000 ; G.B. : 6.350 dont 3% de P.N. éosinophiles.

Crase sanguine: T.S. 3,30 . T.C.I.4. Prothrombine 95%

E.C.G. normal.

Le malade, toujours apyrétique, est mis à 1 gr de streptomycine et 500.000 unités de pénicilline comme traitement pré-opératoire et l'intervention est décidée pour le 26 Janvier 1952.

Segmentaire apico-dorsale gauche: Dr. DAUMET.

Thoracotomie intercostale par le 5ème espace.

Plèvre symphysée. Décollement du poumon en extra-pleural.

Ablation très facile du segment pulmonaire.

Fermeture sur deux drains.

Le lendemain, réintervention pour mauvais fonctionnement des drains. On constate l'existence d'un caillot assez volumineux. Aucun vaisseau ne saigne de façon anormale. Pas de fistule d'air. Fermeture sur deux drains dont le fonctionnement est satisfaisant. A la suite de cette réintervention, on transfuse le malade de 400 grs de sang de bras à bras.

Dans les jours qui suivent:

Alors que la réexpansion pulmonaire est excellente et que la température tombe rapidement à 37°, le malade reste dyspnéique et la pâleur s'accroît. La diurèse étant insuffisante, une urée est déterminée. L'azotémie est à 4 gr. 20.

Une enquête aboutira à la pénible conclusion qu'il s'est agi d'une erreur de groupe. Transféré dans le service du Docteur MILLIEZ, le malade meurt deux jours plus tard, malgré une dialyse péritonéale.

La vérification constate:

- un hématome localisé au sommet gauche;

- un gros hématome de la loge rénale gauche avec deux gros reins congestifs, mais sans aspect lésionnel de la tranche de section.

L'examen de la pièce opératoire pratiqué à l'Hotel-Dieu par le Docteur PAILLAS montre:

A l'examen macroscopique: (Figures 3 et 4)

Une cavité à parois lisses de 4 cm environ, contenant un magma boueux non homogène. Dans cette cavité pénètrent 2 bronches. L'une d'elle présente avant d'atteindre la paroi cavitaire, une dilatation très marquée.

A l'examen histologique:

La cavité est bordée par un épithélium cylindrique, cilié, mucipare, en métaplasie malpighienne dans certaines zones. En quelques points, la région sous-épithéliale est occupée par des îlots inflammatoires.

res et en regard, l'épithélium mal visible semble avoir été déchiqueté par le rasoir.

Au-dessous de l'épithélium existent quelques amas de muscles lisses disposés dans une bande de sclérose collagène parfois hyaline. Cette sclérose constitue en fait la paroi de la cavité.

Très rapidement apparaît à son contact le parenchyme pulmonaire qui présente des altérations diverses: quelques plages de collapsus, quelques plages de pneumonie réticulée atrophique et, vers la périphérie, des zones de pneumonie réticulée hypertrophique. En une zone proche de la cavité existent même quelques alvéoles pulmonaires à revêtement cubique; quelques alvéoles atelectasiées sont remplis de lipophages.

L'étude de la vascularisation de cette paroi est des plus intéressantes. En une région, il est possible de mettre en évidence au sein du collagène quelques segments d'arrêt. Mais surtout l'étude d'un pédoncule bronchique cartilagineux permet d'identifier à côté de la bronche une artère pulmonaire et plusieurs segments d'arrêt dans l'atmosphère de celle-ci.

Le segment dilaté de la bronche qui pénètre dans la cavité est revêtu d'un épithélium bourgeonnant tantôt cylindrique à ille unistratifié, tantôt pluristratifié. De véritables franges bordent la bronche ectasiée. Dans le chorion existe une inflammation dont l'importance varie avec les points considérés.

On peut mettre en évidence des faisceaux musculaires dans la profondeur.

On ne note cependant ni glande ni cartilage sur la coupe.

Cette bronche dilatée est entourée par une bande de sclérose assez peu épaisse qui limite le parenchyme pulmonaire.

Celui-ci présente des altérations comparables à celles observées autour de la cavité précédemment décrite, mais moins marquées.

Sur la coupe qui intéresse cette bronche ectasie figure une autre bronche dans laquelle on peut reconnaître des glandes en métaplasie épithéliale, des muscles ainsi qu'un segment d'arrêt. La région sous-épithéliale est occupée par des îlots inflammatoires.

En aucun point des coupes étudiées il n'a été possible de mettre en évidence le moindre élément mycosique.

L'étude du contenu boueux par contre, permet d'affirmer qu'il s'agit d'un macro-mycétome type aspergillus.

Au sein du mycelium apparaissent des plages purulentes dans lesquelles l'étude de la coloration de grains a révélé la présence de bacilles Gram- et de cocci Gram +.

CONCLUSION- Aspergillome développé dans une cavité de structure bronchique

Observation II-

Mademoiselle F... Alice, 25 ans, entre dans le Service du Docteur DAU-MET le 5 Septembre 1958, venant du Centre Hospitalier de St-Brieuc (Dr. RE-JOU), en vue d'une exérèse lobaire supérieure droite pour cavité du sommet d'origine indéterminée, peut-être mycosique.
Voici son histoire.

Depuis 1954, Mlle F... présente un syndrome de bronchite et de sinusite chroniques à recrudescences hivernales. Elle crache, le matin surtout, environ 40 cm³ de pus, mais cette expectoration purulente est le seul symptôme fonctionnel respiratoire et il n'existe aucune altération de l'état général, aucune fièvre.

En 1954, quelques crachats sanglants n'attirent pas l'attention car ils surviennent dans les jours qui suivent l'ablation d'un petit goitre nodulaire. Pas de radio pulmonaire à l'époque.

En Mars 1958, l'apparition de quelques filots de sang mêlés à l'expectoration purulente détermine l'hospitalisation à St-Brieuc. Un bilan y est pratiqué.

= Sur le cliché standard, on voit une clarté rétro et sous-claviculaire droite, ovale, à grand axe oblique en bas, dedans, de 4cm, 1/2 sur 3cm, 1/2. Elle est finement limitée par une ligne opaque et pas parfaitement régulière. Le pôle inférieur de cette clarté est occupé par une opacité ronde de 1cm, 1/2 de diamètre. Autour le parenchyme est normal, ainsi que du côté opposé.

= Les tomographies, (Figure 5) confirment et confirment la né-gation de cavité avec une masse opaque à son pôle inférieur, la meilleure coupe passant à 8cm.

= Le lipiodol (Figure 6.) pénètre dans la cavité où il forme un niveau liquide à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur de la cavité. D'autre part, il objective une dilatation bronchique cylindrique modérée prédominant au niveau des deux lobes inférieurs.

= La bronchoscopie trouve un arbre bronchique normal si ce n'est:

- une sténose partielle de l'orifice lobaire supérieur droit par l'épaississement de l'éperon recouvert d'une muqueuse rouge. Il ne laisse voir que deux orifices segmentaires d'où s'échappent quelques sécrétions séro-muqueuses. Aspiration.

- des sécrétions muco-purulentes existent dans la lobaire inférieure, au niveau du Nelson.

= Le laboratoire:

Dans l'expectoration purulente, la recherche des B.K. est régulièrement négative et le cobaye inoculé n'est pas tuberculeux. On ne trouve dans les crachats que des germes banaux et des levures. L'ensemencement du produit de l'aspiration sur milieu de Sabouraud ne donne pas d'éclosion de colonie mycosique.

= Parmi les autres examens pratiqués, notons:

- une cuti positive,
- une leucocytose à 9.800 dont 3% d'éosinophiles et pour être complet:
- Urée: 0,15. Ni sucre ni albumine dans les urines.
- protides 96 et Hématocrite 46.
- Electro-encephalogramme normal, B.W. négatif.
- Groupe A., Rh +.

Devant cette image cavitairé, la malade est mise au traitement suivant:

- Streptomycine: 2 gr par semaine soit 30 grs en tout.

- I.N.H. : 4 comprimés par jour, soit 450 comprimés en tout. Auquel on adjoint, après les données de l'antibiogramme, Pénicilline et tétracycline. Ce traitement amène une diminution nette de l'expectoration et de son caractère purulent, tandis que la malade prend 10 kgs.

Mais l'image radiologique restant identique à elle-même après 5 mois de traitement, le diagnostic d'aspergillome est évoqué et, de toute façon, l'excérèse envisagée. Mlle F... est alors dirigée sur le Service du Docteur DAUMET.

Un nouveau bilan y est pratiqué.

Sur le plan clinique:

La malade, apyrétique et en parfait état général, crache encore 30 cm³ de pus par jour en moyenne et présente une très légère dyspnée d'effort.

L'examen n'apporte que peu de choses: de gros râles dans le champ pulmonaire droit, et, à la base gauche, après la toux qui est grasse. Il n'y a pas d'hippocratisme. Le cœur est normal. T.A.: 13-8.

L'interrogatoire permet de noter d'abord la notion de profession. Certes, Mlle F... est ménagère de son état, mais chaque année elle "fait" les foins et la moisson. Elle participe aussi à la mouture du grain. De plus, elle s'occupe journalièrement de la basse-cour.

Ensuite, l'existence de cette "sinusite" à recrudescence hivernale persistant depuis 1954 environ et non traitée. En fait, l'examen O.R.L. pratiqué ne parle que d'une banale rhinite.

Enfin, on ne trouve aucune étiologie à la dilatation des bronches: ni rougeole, ni coqueluche en particulier. Comme intervention subie, celle de 1954 déjà relatée pour goitre nodulaire sans syndrome endocrinien. Dans la fratrie et chez les ascendants, rien d'intéressant à retenir.

Les examens paracliniques confirment en tous points ceux pratiqués à St-Brieuc, sauf:

- La bronchoscopie (Dr. GARNIER) qui est maintenant strictement normale après le traitement antibiotique. Une aspiration est toutefois pratiquée dans la lobaire supérieure droite.

- Le laboratoire (Dr. SEGRETAINE). Cette fois en effet la culture du produit d'aspiration démontre la présence d'aspergillus fumigatus se révélant pathogène en injection intra-veineuse pour le lapin. Ce dernier meurt en effet le 4^{ème} jour avec une forte atteinte pulmonaire très hémorragique.

- Quant aux examens pré-opératoires, ils sont strictement superposables aux précédents. Seule la leucocytose est maintenant normale avec 4% d'éosinophiles.

Notons toutefois l'existence:

- d'une V.S. à 12-27, d'une crase sanguine normale y compris le test à l'héparine sensiblement iso-coagulable.

- d'épreuves fonctionnelles respiratoires avec test à l'effort non perturbées.

Le malade, comme traitement pré-opératoire, est mis à la Terramycine et à la Tifomycine, conformément aux données de l'antibiogramme, et l'intervention est pratiquée le 26 Septembre 1958.

Lobectomie supérieure droite: Dr. DAUMET.

- Thoracotomie de Brock: 5^{ème} côte.
- Plèvre en partie symphysée, facilement décollée dans le plan intrapleurale.
- Très petit lobe supérieur facilement enlevé

par une éxérèse typique.

Fermeture sur deux drains.

Le saignement per-opératoire est modéré et compensé par un flacon de 500 cm³ de sang. Les drains donnent 300 cm³ de sang le premier jour et autant le deuxième.

Les suites opératoires sont extrêmement simples et la malade sort le 15^{ème} jour.

L'examen de la pièce opératoire pratiqué par le Dr. CANETTI apporte les données suivantes;

A- Examen macroscopique-

La pièce, considérablement diminuée de volume contient une cavité de 45 mm. de diamètre. Elle est du type des cavernes tuberculeuses détergées, mais sa paroi est épaissie. Il existe sur cette paroi une zone très hémorragique.

Cette cavité contient, libre, une masse de 18 mm. de diamètre, forme, constituée de petits grains agglomérés. La bronche dorsale à paroi épaissie s'ouvre à plein canal dans cette cavité.

À l'extrême apex, il existe une plage de sclérose avec quelques micro-nodules, les uns scléro-hyalin, les autres peut-être récents. Existe-t-il une tuberculose de l'apex en plus de l'aspergillome?

B. Examen histologique -

La paroi de la cavité est constituée par une épaisse coque de collagène. On y note de nombreux capillaires très dilatés et gorgés de sang. Il n'y a pas d' épithélium bronchique résiduel à la surface de la cavité. Il n'y a pas non plus de gros amas inflammatoires immédiatement sous-capsulaires, sauf en un point.

On note par ailleurs, une zone d'infarctissement hémorragique assez large; elle dissocie les fibres collagènes en un point de la capsule.

Le parenchyme pulmonaire juxta-cavitaire est assez profondément altéré. Les parois alvéolaires sont épaissies; surtout, elles sont toutes le siège de suffusions hémorragiques.

Il n'y a pas trace de métaplasie cubique des cellules alvéolaires. Sur une certaine étendue, l'évolution est allée jusqu'à une sclérose véritable du parenchyme avec disparition des lumières alvéolaires. On ne trouve pas de zone inflammatoire ou suppurée indiquant une extension du processus mycosique au parenchyme pulmonaire.

Les vaisseaux sont très altérés; ils montrent des aspects très variés d'endo-vascularite proliférante, voire oblitérante, mais il n'a pas été trouvé de segment d'arrêt.

Les bronches sont dans l'ensemble peu altérées. La zone apicale montre sur une vaste étendue une sclérose ancienne sans caractère particulier. Le parenchyme adjacent, est, tantôt tassé, tantôt emphysémateux avec quelques bulles assez grandes.

Plusieurs bronchioles sont très altérées. Elles sont sur toute leur épaisseur, le siège d'une inflammation intense qui déborde nettement la paroi bronchique et englobe par places les alvéoles avoisinantes. Il s'agit de vastes nappes cellulaires au sein desquelles on peut affirmer avec certitude qu'il existe des aspergillus. ne/

Néanmoins, ces aspects qui existent en plusieurs points de la zone prélevée sont différents d'une inflammation bronchique banale et pourraient représenter des lésions d'essaimage de l'aspergillome. Il n'y a pas trace de lésions bacillaires sur l'ensemble des coupes.

Ayant relaté ces deux observations, mon but n'est pas de reprendre l'étude systématique de l'aspergillome bronchique.

Je me propose seulement de rechercher, dans l'histoire de ces deux cas, tout ce qui peut apporter un élément de réponse aux multiples problèmes que soulève le méga-mycétome bronchique aux différents stades:

- de la clinique
 - de la radiologie et de la bronchoscopie
 - du laboratoire
 - de l'anatomie pathologique
 - de l'étiologie et de la pathogénie
 - du traitement enfin.
-

I - CLINIQUE

Sur le plan de la clinique, les deux observations sont bien différentes.

Celle de Monsieur D... répond typiquement à la description maintenant classique de cette affection: une longue histoire faite uniquement d'hémoptysies à répétition. Sur le tard s'installe une petite surinfection, ce qui n'a encore rien que de très banal. Plus curieuse est cette dyspnée marquée à l'effort, confirmée par l'insuffisance respiratoire globale des épreuves fonctionnelles.

Elle reste sans explication car toute étiologie cardiaque a été naturellement éliminée et il ne s'agit pas non plus de la dyspnée asthmatiforme assez souvent signalée au cours de cette affection.

A ma connaissance, il n'existe pas de cas semblable dans la littérature de l'aspergillome et il aurait été très instructif de savoir si cette dyspnée disparaissait après l'ablation d'une telle lésion aussi limitée.

L'observation de Melle F... est au contraire atypique; ce qui domine ici, c'est la bronchectasie, d'ailleurs de manifestation récente (1954) et sans cause apparente.

Quelques crachats sanglants isolés après une intervention sur le corps thyroïde (avec intubation ?) ne sauraient être formellement rattachés au bénéfice de l'aspergillome.

Ensuite, aucune hémoptysie jusqu'en Mars 1958, ou l'apparition de quelques filets de sang dans les crachats détermine la cascade d'examen qui amènent finalement la malade en salle d'opération.

Sur l'ensemble de la quarantaine de cas actuellement publiés, j'ai trouvé 4 fois la mention d'une dilatation des bronches associée. Trois de ces cas présentaient des hémoptyses fréquentes alors que pour le dernier, rien n'était précisé. Il semble donc que l'évolution clinique de cette observation soit très originale.

Quoi qu'il en soit, dans le premier cas, le diagnostic pouvait être envisagé dès l'étape clinique. Dans le second, c'était absolument impossible

II- LA RADIOLOGIE ET LA BRONCHOSCOPIE

Sur le plan radiologique, les deux observations sont encore bien dissemblables.

= Certes, toutes les deux objectivent une localisation unique et apéxienne de l'aspergillome, ce qui est la règle. Seulement 3 cas de cavités aspergillaires multiples ont été publiés (HINSON MOON 1953, MEYER MONOD 1956)

= Mais les images elles-mêmes sont très différentes.

- Dans le cas de Mr D... il s'agit de l'image typique: opacité homogène entourée à son pôle supérieur d'un rim croissant clair, lui-même finement limité à la périphérie. Cet aspect, après avoir éliminé le kyste hydratique à membrane décollée et partiellement vidé, évoque au premier chef le diagnostic d'aspergillome, certes beaucoup plus rare.

- Dans le cas de Melle F..., l'image du "grelot" opaque dans une cavité beaucoup trop vaste pour lui, est encore un aspect classique mais beaucoup moins souvent rencontré que le précédent (4 cas publiés)

- les diagnostics en sont aussi beaucoup plus nombreux: caverne avec sequestre tuberculome en voie d'excavation, cancer bronchiolaire creusé d'une cavité, abcès chronique avec escarre, kyste aérien du poumon au sein duquel se développe une formation dermoïde...

Chaque affection présente des éléments différentiels tant cliniques que radiologiques. Mais un point me paraît intéressant. Dans tous les cas d'aspergillome contenus dans une cavité trop grande pour eux, la massa aspergillaire sans aucune implantation pariétale est mobile. Des clichés de Trendelenbourg pourraient sans doute rendre visible cette mobilité et éliminer de ce fait nombre de diagnostics différentiels.

= Les bronchographies présentent en matière d'aspergillome, un double intérêt:

- d'abord elles objectivent la constante communication de la cavité aspergillaire avec l'arbre bronchique.

- ensuite elles confirment ou éliminent l'existence d'une dilatation des bronches associée.

- dans le cas de l'observation I, les conditions techniques défectueuses du lipiodol, n'ont pas permis de faire pénétrer ce dernier dans la cavité, malgré l'abouchement à plein canal de deux bronchioles comme en témoigne la pièce opératoire. Quant à une dilatation des bronches associée, il n'était pas question, dès l'étape clinique d'en envisager l'existence.

- l'observation II est au contraire sous cet angle très démonstrative

- d'une part on constate la présence d'un niveau liquide intracavitaire;

- d'autre part, une dilatation des bronches modérée, cylindrique est nettement visible au niveau des deux lobes inférieurs.

La bronchoscopie, en matière d'aspergillome présente aussi un double intérêt:

Premièrement, elle permet d'éliminer une extension bronchogène de la mycose. Ces formes rares réalisent, des aspects de transition entre la bronchite aspergillaire muco-membraneuse et l'aspergillome intracavitaire pur.

Ensuite et surtout, elle permet de pratiquer une aspiration électivement dans le territoire de la bronche de drainage. Ces conditions sont les plus favorables à la mise en évidence (par prélèvement) du champignon par examen direct ou par culture. Dans les deux observations, cette méthode a été couronnée de succès alors que la culture de l'expectoration sur milieu de Sabouraud n'avait pas permis d'isoler l'aspergillus.

III- LES EXAMENS DE LABORATOIRE

= Les examens répétés de l'expectoration ont un double mérite:

-Celui de ne pas trouver de B.K.

-Celui de mettre parfois en évidence l'aspergillus.

Toutefois, il faut bien reconnaître que cette mise en évidence est inconstante, et que, de ce fait, la négativité des prélèvements, même après aspiration endo-bronchique, ne saurait faire écarter le diagnostic d'aspergillose.

D'autre part, plusieurs observations ont été publiées, (JAGEME, BERARD, PESLE, MARTIN-TALANDE; ENJALBERT) on s'associaient une tuberculose bacillifère et une aspergillose.

= La vitesse de sédimentation s'est révélée normale dans le cas sans suppuration bronchique, ce qui est la règle, et un peu accélérée dans l'autre (12-27), ce qui est banal.

= Sur l'hémogramme, je constate, dans les deux observations et à plusieurs reprises, une éosinophilie à 3 ou 4%.

Dans les 6 cas où il est fait mention de l'éosinophilie sanguine, j'ai retrouvé également un taux de 3 à 10 %.

= La crase sanguine a retenu mon attention, car, après WATSMANN, on a parlé à plusieurs reprises d'une toxine aspergillaire qui pourrait être tenue pour responsable de troubles de la coagulation avec hémorragie en nappe dans les suites opératoires (4 cas mentionnés).

Or, les deux cas que j'ai relatés avaient une crase sanguine normale et on ne saurait parler d'hémorragie post-opératoire.

Certes, Melle F... a perdu le deuxième jour encore 300 cm³ de sang par son drain; mais, après l'ablation de ce dernier, aucun hémorax ne s'est développé. Bien au contraire, les suites ont été spécialement simples.

Quant aux hématomes trouvés à la vérification de Mr. D..., ils perdent toute signification du fait des circonstances de la mort, et l'hémorragie per-opératoire avait été banale.

Somme toute, dans les deux cas rapportés, je ne trouve guère d'argument en faveur de l'hypothétique existence d'une toxine aspergillaire agissant sur la coagulation.

IV- ANATOMIE PATHOLOGIQUE -

L'examen à l'oeil nu et au microscope des deux pièces opératoires est très instructif.

=Macroscopiquement, on constate dans les deux cas l'existence d'une cavité lisse dans laquelle débouche à plein canal 1 ou 2 bronches et qui contient un magma granuleux libre de toute adhérence pariétale. Toutes ces données confirment ce que les examens pré-opératoires avaient laissé prévoir et correspondent aux caractéristiques classiques de l'aspergillome.

=C'est l'étude au microscope qui est la plus intéressante. L'observation I, typique depuis le début, tant sous l'angle clinique que paraclinique, le reste encore au chapitre de l'anatomie pathologique.

En effet, la présence d'épithélium bronchique sur la paroi, les lésions importantes d'endo-vascularite, l'absence d'envahissement par l'aspergillus du parenchyme et des bronches avoisinants, voilà des caractères habituels de l'aspergillome bronchique.

L'observation II continue au contraire d'être originale.

Je ne parlerai pas de l'absence d'épithélium bronchique sur la paroi cavitaire: les coupes peuvent fort bien avoir passé à côté

Deux points me semblent particuliers.

- D'abord le contraste entre l'absence d'hémoptysie et l'importance sous le microscope, des lésions vasculaires, congestives et hémorragiques.
 - Ensuite et surtout l'existence à distance du foyer principal de "lésions des bronchioles qui pourraient représenter des lésions d'essaimage de l'aspergillome". Ces lésions microscopiques avaient passé inaperçues lors de l'enquête pré-opératoire. S'il s'agit effectivement d'autres foyers aspergillaires, cette observation doit être rangée avec les cas exceptionnels d'aspergillomes pluri-focaux (HINSON, MOON, PLUMMER - 1951; LAGEZE, BERARD - 1953; MEYER, MONOD, PESLE - 1956).
-

V. L'ETIOLOGIE ET LA PATHOGENIE-

A- Etiologie-

On sait que la "famille" de l'aspergillus est très répandue dans la nature, en particulier sur les oiseaux, certains animaux à fourrure, mais également sur divers végétaux, paille et grain surtout.

Il existe sous deux formes: *Aspergillus fumigatus*, et *Aspergillus niger*, le second beaucoup plus souvent en cause que le second.

Les deux observations relatées illustrent ces notions, puisque:

- d'une part, *aspergillus fumigatus* a été retrouvé dans les deux cas.
- d'autre part, les deux malades ont eu des contacts étroits avec le blé et la farine, Mr D... étant boulanger, Melle F... faisant tous les ans la moisson et participant à la mouture du blé.

Enfin, il s'agit, en règle d'adultes d'âge moyen sans prédominance de sexe. Nos deux sujets sont dans les normes

B- Pathogénie.

La pathogénie de l'affection est très discutée sur un point: la cavité ou se trouve la masse aspergillaire est-elle primitive et colonisée par le champignon, ou bien secondaire et provoquée par lui ?

A ce sujet, les deux cas peuvent être envisagés séparément.

-Celui de Mr. D... semble en faveur de la théorie de MM. DESVE, MONOD, MEYER, et PESLE. L'aspergillome est bronchectasiant, c'est à dire primitif alors que la cavité est secondaire. En effet Mr. D... ne présentait et n'avait jamais présenté aucune autre affection pulmonaire. Sa cavité du sommet gauche était unique ainsi qu'en témoignent les tomographies et l'examen de la pièce. Elle se moulait très étroitement sur la masse aspergillaire qui l'occupait presque entièrement.

Le fait qu'il y ait eu deux bronches de drainage à cette cavité unique est diversement interprété selon les auteurs:

-pour certains, c'est un argument en faveur du processus de bronchectasie secondaire, avec captage, par ulcération d'une bronche de voisinage, au cours de l'augmentation de volume de la cavité;

- pour d'autres, au contraire, c'est un argument en faveur du phénomène d'une malformation primitive de l'arbre bronchique secondairement colonisé

- Celui de Melle F... est plus complexe. A côté de l'aspergillome, il existe une bronchectasie indubitable qui s'étend bien à distance de la lésion. Voici un argument en faveur de la cavité primitive déjà cité par MONOD.

D'autre part, la cavité est beaucoup plus grande que la masse aspergillaire dont le volume n'atteint pas le quart de celui de la cavité. Voilà un autre argument en faveur de la même théorie déjà mis en avant par Mr. LEVIN.

A cela, il a été répondu que la cavité pouvait être soufflée par des troubles de la ventilation et MM. ENJALBERT et SEGRETAINE en ont publié récemment deux cas.

Mais il faut bien reconnaître que la cavité qui nous occupe n'avait pas l'aspect soufflé.

En définitive, nos deux cas ne tendent pas à faire pencher la balance dans un sens ou dans l'autre. Ils viendraient plutôt confirmer la position de ceux qui estiment les deux processus possibles.

VI- TRAITEMENT

L'aspergillome diagnostiqué, doit être traité, car son évolution, fort lente d'ailleurs, se fait dans le sens de l'aggravation:

- par répétitions des hémoptysies en meme temps que le volume de la tuméfaction augmente;

- par surinfection se greffant parfois sur l'aspergillome en activité mais toujours après la mort de ce dernier, quand celle-ci survient. Pour PESLE, un certain nombre d'abcès du poumon seraient des aspergillomes morts et surinfectés.

- par essaimage peut-être. Mais sur ce point, il n'existe pas de document précis; les cas plurifocaux publiés ne permettent pas de savoir de façon certaine s'il s'agit de pluri-localisation d'emblée ou de lésions d'essaimage.

Les deux cas rapportés ici confirment ces notions.

- Dans l'observation I, les hémoptysies vont en s'accroissant et en se rapprochant de plus en plus. La surinfection s'installe, peu de temps, semble-t-il, avant l'intervention.

- Dans l'observation II, la notion de recul manque. Toutefois l'anatomie pathologique révèle l'existence de "lésions apicales qui pourraient bien être des témoins de l'essaimage aspergillaire". Malheureusement, "l'aspergillus n'a pu être identifié avec certitude à leur niveau".

De quels traitements dispose-t-on?

De la chirurgie uniquement pour l'instant.

Certes, MM. MARTIN-LALANDE et IO, en 1956, ont publié une observation d'aspergillome pulmonaire associé à une tuberculose, qui a été guérie par la nystatine. Mais ce cas est unique. Cela résulte probablement du fait qu'il n'existe aucune connexion vasculaire entre l'organisme et l'aspergillome.

Peut-être l'avenir est-il dans les aérodols de médicaments mycostatiques? Mais ces produits n'existent pas encore. D'ailleurs subsisterait alors le problème de la cavité résiduelle contenant un aspergillome mort et voué à la surinfection.

La chirurgie d'exérèse est donc le seul recours actuellement. Elle nécessite bien entendu, un repérage préopératoire très minutieux auquel le bronchogramme contribue, afin de rendre l'exérèse aussi limitée que possible. Mais elle exige aussi une exploration très fouillée de l'ensemble du parenchyme pulmonaire afin de ne pas reconnaître d'autres localisations éventuelles de l'affection. L'observation II souligne cette nécessité fondamentale si tant est qu'il y ait eu ici des localisations d'essaimage de l'aspergillome.

C O N C L U S I O N S

Je relate ici deux observations d'aspergillome intra-bronchique qui viennent s'ajouter à la quarantaine de cas actuellement publiés.

Toutes deux confirment des notions maintenant classiques correspondant aux caractéristiques de la majorité des aspergillomes:

- Notion de métier,
- localisation apexienne et unique de l'aspergillome qui présente une communication bronchique constante,
- valeur de la broncho-aspiration (par opposition au simple examen des crachats), pour mettre en évidence, par culture, l'aspergillus;
- Présence beaucoup plus fréquente de l'*Aspergillus Fumigatus* que de l'*Aspergillus Niger*;
- Existence d'une éosinophilie sanguine discrète,
- Constatation à l'examen de la pièce opératoire:
 - /- d'une masse aspergillaire libre de toute attache pariétale,
 - /- de l'absence d'envahissement, par la mycose, du tissu broncho-parenchymateux voisin,
 - /- de lésions vasculaires importantes (contrastant dans l'un des deux cas avec la discrétion des hémoptysies).

L'observation I, typique de bout en bout, complète le tableau classique avec:-----

- des hémoptysies répétées mais longtemps isolées;
- une image ovalaire opaque surmontée d'un fin croissant clair alors que le reste du poumon est indemne,
- enfin, l'existence, sur la cavité aspergillaire, d'épithélium bronchique.

Le seul point inhabituel ici consiste en l'existence d'une importante dyspnée d'effort, sans explication.

L'observation II, au contraire, présente plusieurs particularités. Deux d'entr'elles sont seulement peu fréquentes:

- l' "image en grelot", traduisant l'existence d'un petit aspergillome dans une grande cavité;
- l'association avec une dilatation des bronches.

Les deux autres particularités sont exceptionnelles :

- pratiquement pas d'hémoptysies dans l'histoire clinique
- existence sur la pièce de lésions à distance qui pourraient représenter un essaimage bronchogène de l'aspergillome.

Nous avons d'autre part, cherché, à la lumière de ces deux observations; des arguments au sujet de quelques problèmes posés par l'aspergillome.

Problème clinique -

La fréquence des hémoptysies est-elle en relation avec l'existence d'une toxine aspergillaire agissant sur les vaisseaux et la coagulation ?

Nous n'avons pas trouvé d'arguments en faveur de cette existence.

Problème pathogénique -

L'aspergillome est-il bronchectasiant, créant sa

cavité, ou bien cette dernière est-elle primitive secondairement colonisée par la mycose?

Nous avons vu que l'observation I plaide pour la première théorie alors que le deuxième cas est en faveur de l'autre version. Ceci, rejoint l'opinion de nombre d'auteurs pour qui les deux processus sont possibles.

Problème thérapeutique enfin. Hormis un cas, les mycostatiques se sont révélés inefficaces. Et cela sans doute, en raison de l'absence totale de connexion vasculaire entre l'organisme et l'aspergillome.

Peut-être l'avenir est-il au traitement par aérosols, quand des produits anti-mycosiques seront administrés par cette voie.

Mais, pour l'instant, le seul traitement possible est chirurgical. Il nécessite une exploration préalable minutieuse afin de préciser exactement la topographie de la lésion et afin de s'assurer qu'il n'existe pas d'autre localisation. Ceci pour limiter l'excérèse le plus possible.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Jean SARRAILH.

VU :

Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris,

Léon BINET.

VU :

Le Président de Thèse,

Raoul KOURILSKY.

BIBLIOGRAPHIE

- ..BADROUILLARD, R.- Aspergillome intracavitaire.- Thèse Lyon, 1956.
- ..BARIETY.- Aspergillome aigu pulmonaire à forme de cancer bronchique.- Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris, 12 Avril 1957.
- ..BERARD, M.- Epithélialisation secondaire des cavités d'abcès chronique du poumon.- Presse Médicale, 1946, 54.
- ..Bourgeois.- Développement dans un kyste aérien latent d'une tumeur dense et opaque. Société Médicale des Hopitaux de Paris, Avril 1937.
- ..BREA M.M.- A propos de l'aspergillome bronchectasiant.- Journal Français de Médecine et de chirurgie thoracique, 1952, 1956.
- CHARNEAU A.- Contribution à l'étude de l'aspergillome bronchectasiant. Thèse Paris 1954.
- COUDERT J.- Guide pratique de mycologie, Masson; 1955.
- DEVE F.- Le mégamycétome intra-bronchectasique.- Archives medico-chirurgicales de l'appareil respiratoire, 1938.-
- ..ENLAIBERT.- Deux cas d'aspergillome pulmonaire. Etude anatomo-pathologique.- Semaine des Hopitaux de Paris, 28 Février 1958.
- ..EVEN.- L'aspergillome bronchectasiant.- Semaine des Hopitaux, 5 Mars 1953.
- ..GERNEZ A.- L'aspergillome bronchectasiant.- Lille Médical, 2 Février 1957.
- ..GONDER J.- Aspects cliniques et thérapeutiques des aspergillomes pulmonaires.- Revue Lyonnaise de Médecine, 15 Mars 1957.
- ..JAGGEZ.- Le megamycétome aspergillaire. A propos de 3 cas.- Journal français de Médecine et chirurgie thoracique.- 1953, 1957.-
- ..MARTIN LALANDE.- Aspergillome bronchique et tuberculose active guéris par antifongiques.- Sté française de pathologie respiratoire, 10?, 1956.
- ..MANOUVRIER F.- L'aspergillome bronchectasiant.- Thèse Paris, 1957.
- ..MEYER.- L'aspergillome bronchique.- Sté Médicale des Hopitaux de Paris.
- ..MONOD O.- L'aspergillome bronchique.- Journal Français de médecine et chirurgie thoracique, 1952, 1956.
- ..PILON R.- Les mycoses pulmonaires.- Thèse Paris, 1953.
- ..PLANCHU.- Aspergillome pulmonaire intracavitaire.- Lyon médical, 1954, 4.
- ..ROCHET S.- Aspergillose pulmonaire.- Thèse Lyon, 1943.
-

